様式第１号（第４条関係）

※登録番号		保険区分	1 社被保険保者	2 社被扶養保者	3 国一般被保険保者	4 国被保険保・退職者	5 国被扶養保・退職者	6 国保組合	7	8	9

※決裁			主務	受付	年　月　日
				伺	年　月　日
				決定	年　月　日
				発行	年　月　日

※受給資格証交付	要・否（理由）
申請事由	1　出生　2　転入　3　制度変更　4 その他（年齢拡大）

こども医療費受給資格登録（変更）申請書

こども	ふりがな		生年月日	年　月　日
	氏名			
	住所			
保護者（養育者）	個人番号		続柄	
	氏名			
保護者（養育者の配偶者）	個人番号		続柄	
	氏名			
加入保険	保険種別	国保・協会・組合・その他（　　）		
	記号番号		被保険者名	
	保険者名		資格取得年月日	
養育者	住所			
	氏名		続柄	
	児童手当の受給の有無	有・無		
	加入している年金等の種類	ア　厚生年金保険　エ　地方公務員等共済 イ　私立学校教職員共済　オ　国民年金 ウ　国家公務員共済　カ　その他（　　）		

※審査	年分所得の合計額		円	
控除	雑損控除額	医療費控除額	小規模企業共済等掛金控除額	
	円	円	円	
	障害者控除額　障　人・特障　人		寡婦・寡夫・勤労学生控除	
	円		円	
	児童手当法施行令第３条第１項による控除		円	
控除後の所得額	円	所得制限限度額	児童手当	円
			特例給付	円
所得判定結果	1　県単　2　市単			

上記の通りこども医療費受給資格登録（変更）の申請をします。

年　月　日

申請者（養育者）　住所

氏名

（TEL　　）

魚津市長　あて　（資格登録確認のため、養育者の所得について調査することに同意します。）

※欄は市で記入します。